

Przewlekła niewydolność serca



Dr n. med. Rafał Dąbrowski

II Klinika Choroby Wieńcowej

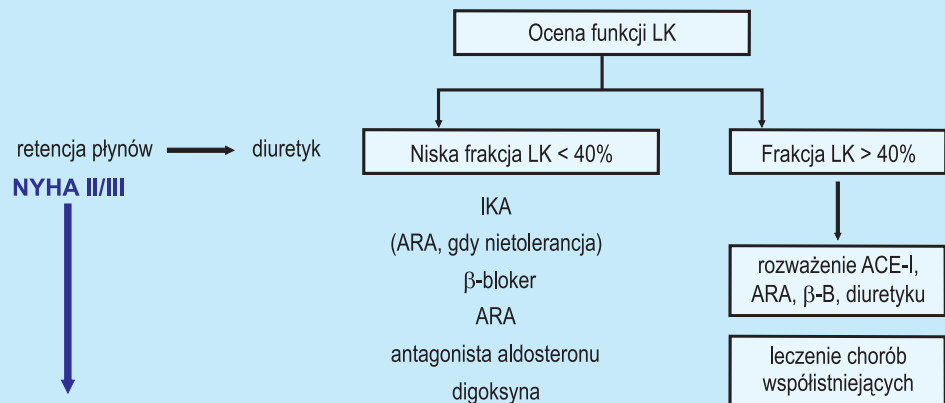
Instytut Kardiologii w Warszawie

Podstawą leczenia niewydolności serca (NS) jest dobry kontakt lekarza z pacjentem, w tym edukacja chorego, co pozwala na staranne monitorowanie objawów, prewencję zaostrzeń i wprowadzenie maksymalnie skutecznego zestawu terapeutycznego poprawiającego jakość życia i rokowanie. W 2001 r. po raz kolejny Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) opublikowało zalecenia leczenia NS oparte na wiarygodnych dowodach klinicznych. W r. 2005 ukazała się poprawiona edycja tych rekomendacji, uwzględniająca opublikowane wyniki najnowszych badań. Co się zmieniło?

Znacznie rozszerzono i wzmocniono spektrum zastosowań antagonistów receptora angiotensyny II (ARA). Rekomendacje z 2001 r. wskazywały na możliwość stosowania ARA u chorych z NS nie tolerujących inhibitorów konwertazy angiotensyny (IKA, poziom dowodu C) oraz łącznie z IKA w celu poprawy stanu objawowych chorych i zmniejszenia ryzyka hospitalizacji (B). Były one oparte na wynikach badań ELITE-II (losartan) i Val-HeFT (walsartan). Kolejne badania: OPTIMAAL (losartan), VALIANT (walsartan) i CHARM (kandesartan) przyniosły więcej danych. Wg najnowszych rekomendacji umocniła się pozycja ARA jako leczenia alternatywnego przy nietolerancji IKA u chorych objawowych (klasa I/B, poprawa rokowania). W świeżym zawałe serca powikłanym niewydolnością serca ARA mają zbliżoną skuteczność do IKA (redukcja śmiertelności klasa: I/B). Mogą być też rozważane w terapii skojarzonej z IKA u objawowych chorych (redukcja śmiertelności: IIa/B, redukcja hospitalizacji: I/A), co jest pewną nowością.

Bardzo ciekawą klasą leków, o niedocenionym jeszcze w pełni potencjale, są antagoniści receptora dla aldosteronu. Zalecane są jako lek dodatkowy u chorych w klasie III i IV NS wg NYHA leczonych IKA, β -adrenolitykami (LBA) i innymi diuretykami, a także w skojarzeniu z IKA i LBA u chorych ze świeżym zawałem serca, dysfunkcją lewej komory i cukrzycą (I/B-C). Podstawą do tych zaleceń obok badań spironolaktonu (RALES), stały się korzystne wyniki badań selektywnego antagonisty aldosteronu: eplerenonu (EPHESUS, dawki 25-50 mg) u chorych z zawałem serca powikłanym dysfunkcją lewej komory. Lek ten wkrótce będzie dostępny w Polsce. W toku są próby kliniczne u chorych z łagodną NS.

Leczenie pacjenta z niewydolnością serca Implikacje najnowszych badań



Przewlekła niewydolność serca – c.d.

Dr n. med. Rafał Dąbrowski

II Klinika Choroby Wieńcowej
Instytut Kardiologii w Warszawie

Leczenie farmakologiczne niewydolności serca



	<i>Leczenie objawowe</i>	<i>Leczenie – wpływ na przeżycie i śmiertelność</i>
NYHA I	redukcja / odstawienie diuretyków	IKA → ARA, gdy nietolerancja IKA + β-bloker i antagonistę aldosteronu po zawale serca
NYHA II	+/- diuretyk, zależnie od retencji płynów	IKA → ARA, gdy nietolerancja IKA + β-bloker i antagonistę aldosteronu po zawale serca
NYHA III	+ diuretyk + digoksyna, gdy utrzymują się objawy	IKA + ARA, lub tylko ARA, gdy nietolerancja IKA β-bloker + antagonistę aldosteronu
NYHA IV	+ diuretyk i digoksyna + ewentualne czasowe wspomaganie inotropowe	Kontynuacja IKA + ARA β-bloker antagonistę aldosteronu

zmiana klasy wydolności serca wg NYHA
 +/- dodanie / odstawienie leku

Swedberg K. i wsp. Eur Heart J 2005

Potwierdzeniem oczywistej skuteczności diuretyków w NS (I/A-C) stały się wyniki meta-analizy 18 rando-mizowanych badań klinicznych, która wykazała istotną redukcję śmiertelności, ryzyka zaostrzenia NS i ilości hospitalizacji. Wskazuje się na możliwości stosowania wyższych dawek w razie potrzeby oraz kojarzenia leków moczopędnych o różnym mechanizmie działania (np. diuretyki pętlowe – tiazdy).

Do zalecanych dotąd leków β -adrenolitycznych (LBA) dołączył nebiwolol. Badanie SENIORS wykazało poprawę rokowania i redukcję hospitalizacji chorych w podeszłym wieku (> 70 lat), z lewokomorową NS po leczeniu nebiwololem. Istotnemu wzmocnieniu uległa pozycja karwedilolu (badania COPERNICUS: chorzy w IV klasie NS i CAPRICORN: chorzy ze świeżym zawałem serca). Wciąż aktualne pozostaje pytanie na temat znaczenia różnic między klasycznymi β -adrenolitykami, a lekami o dodatkowych właściwościach takimi jak nebiwolol (m.in. stymulacja syntazy tlenu azotu) czy karwedilol (blokada receptorów β -1, β -2 i α -1). Wydaje się, że oś wahadła przechyla się w stronę tych ostatnich. Na zakończenie warto zwrócić uwagę na uwzględnienie w zaleceniach leczenia NS z zachowaną funkcją skurczową lewej komory oraz wyłaniającą się z całości pochwałę ostrożnej polipragmazji.